

THÈSE

POUR

370

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

STÉNOSES SPASMODIQUES DU PYLORE

Par Laurent SALLES

Né à Soulan (Hautes-Pyrénées), le 6 octobre 1882

Président : M. LE PROFESSEUR A. GILBERT

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

8, Rue Casimir-Delavigne, 8

(près de la Faculté de Médecine et de l'Odéon)

—
1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	{ WIDAL
Pathologie chirurgicale	{ DEJERINE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	GILBERT
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD
	ROGER
Clinique médicale	{ HAYEM
	{ DIEULAFOY
	{ DEBOVE
	{ LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	{ PIERREDELBET
	{ QUENU
	{ RECLUS
	{ SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	{ BAR
	{ PINARD
	{ RIBEMONT-DES-
	{ SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrévés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON FERN.	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ MARCEL	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT,

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Paris

Médecin de l'Hôpital Broussais

Membre de l'Académie de Médecine

AVANT-PROPOS

L'idée de cette étude revient à MM. Caussade et Lèven, dont nous avons suivi les leçons à l'hôpital Tennon. Avec la plus grande amabilité ils se sont mis à notre disposition pour la recherche des éléments nécessaires. Si ce travail présente quelque intérêt, c'est à eux, et à M. Barret, chef du laboratoire de radiologie à l'hospice des Enfants-Assistés, qu'en revient le principal mérite. Qu'ils nous permettent de leur adresser ici nos plus sincères remerciements.

Durant nos années d'études, nous avons contracté bien des dettes de reconnaissance : nous sommes heureux d'affirmer que nous n'en avons oublié aucune; nous emportons un excellent souvenir de nos maîtres des hôpitaux de Paris qui ont tous guidé nos études avec tant de bienveillance et de dévouement.

Nous adressons enfin à M. le professeur Gilbert l'hommage de notre respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

Classification des sténoses du pylore. — Importance des sténoses spasmodiques

On peut, avec M. A. Robin (1), diviser les sténoses du pylore en trois catégories : 1° sténoses d'ordre intrinsèque, par altération du canal pylorique ; 2° sténoses d'ordre extrinsèque par compression, coudure ou obturation ; 3° enfin sténoses d'ordre spasmodique.

Parmi les sténoses intrinsèques, la plus fréquente est la sténose cancéreuse ; puis viennent celles produites par l'ulcère simple, par l'irritation d'une ulcération locale, par la cicatrice soit de cette petite ulcération, soit d'un ancien ulcère de l'antrum pylorique, soit plus rarement d'une gastrite due à l'ingestion de liquides corrosifs.

Les sténoses extrinsèques sont dues à la compression

(1) A. ROBIN. — Maladies de l'estomac, 1904.

(tumeurs du foie, calculs biliaires, tumeurs du pancréas, rein mobile); à la stricture par des productions fibreuses (brides péritonéales, péritonites tuberculeuses, périhépatites, péricholécystites d'origine calculieuse), ou par des ganglions tuberculeux; à la coudure du pylore (gastroptose corset); à l'obturation par des corps étrangers déglutis, des calculs biliaires, etc..

A côté de ces sténoses mécaniques, il convient de réserver une place importante aux sténoses dynamiques qui relèvent d'un simple spasme du pylore, sans lésion organique, ou avec très petite lésion organique concomitante. L'existence de ces contractures essentielles présente un gros intérêt: elles peuvent, en effet, revêtir toute la symptomatologie physique, fonctionnelle et générale d'une sténose organique. En présence d'un malade atteint de rétention pylorique, le premier devoir d'un médecin doit être d'en reconnaître la cause. Un diagnostic précis et précoce est souvent difficile, mais il est pour le malade d'une importance capitale. Une erreur de diagnostic peut avoir des conséquences graves, car elle modifie entièrement le pronostic et le traitement. Si la sténose est d'origine néoplasique ou d'origine organique nettement constituée, l'intervention chirurgicale rapide s'impose: on conçoit que s'il existe par exemple un cancer dans la région pylorique, plus on opère rapidement, plus on aura de chances de succès. Si, au contraire, la sténose est simplement spasmodique, le champ reste ouvert au traitement médical: appliqué d'une façon précoce, il évite au malade les en-

nuis et les risques d'une opération ; et dans certains cas, très graves, où le traitement chirurgical semblait seul indiqué, il a donné des résultats absolument inespérés.

Nous nous proposons, dans le courant de ce travail, de montrer qu'on peut faire le diagnostic :

1° Par l'étude des antécédents et des conditions étiologiques ;

2° Par l'analyse des symptômes ;

3° Par l'examen radioscopique ;

4° Par le traitement.

CHAPITRE I

Conditions étiologiques du spasme pylorique

Chez quels malades trouve-t-on le spasme du pylore? L'âge ne semble pas fournir d'indication bien précise à ce sujet. La contracture essentielle ne se rencontre pas que chez l'adulte: Weill et Péhu ont décrit la contracture spasmodique du pylore chez le nouveau-né et le nourrisson (Lyon médical, 9 déc. 1900); la thèse de Pariset traite du pylorospasme essentiel de l'enfance. Dans son traité des maladies de l'enfance, Hutinel consacre un long chapitre aux sténoses du pylore en général et aux sténoses spasmodiques en particulier.

Quand on passe en revue les observations de contracture essentielle du pylore, on constate qu'il s'agit très souvent de *dyspeptiques anciens*, *d'hyperchlorhydriques*, *d'hypersthéniques*, suivant l'expression de Robin.

Cette question des rapports du spasme avec l'hyperchlorhydrie a été longuement discutée à l'Académie de médecine, dans sa séance du 25 mai 1897. Que le spasme soit la cause ou l'effet direct ou indirect de l'hyperchlorhydrie, il existe un fait certain, indiscutable, la coexistence fréquente des deux phénomènes. Sur les 46 cas de contracture pylorique opérés par Doyen, 22 étaient dûs à l'hyperchlorhydrie (Doyen : Communication à l'Académie de médecine, 8 février 1898). Sur 3 cas opérés, Schnitzler, de Vienne, a constaté deux fois de la dyspepsie avec hyperchlorhydrie, sans ulcère. C'est donc là une cause étiologique bien établie et nous n'y insisterons pas davantage.

Mais très souvent aussi, le spasme pylorique doit être mis sur le compte d'une *excitabilité spéciale du système nerveux*. Dès 1886, Bentissac rapportait un cas de pylorospasme d'origine hystérique. Schnitzler rapporte une observation de spasme de la même origine. Chez une femme hystérique, souffrant de l'estomac depuis 14 ans, vomissant le sang depuis un an, il constata à l'examen une tumeur dans la région pylorique. L'estomac atteignait à peine l'ombilic, le clapotage était très évident à certains moments; cependant pas de péristaltisme. L'état général était très grave et tout portait à conclure à une néoplasme du pylore. La laparatomie fut faite et Schnitzler ne trouva rien; la plaie allait être refermée quand, brusquement, sans qu'aucune cause déterminante survînt, il assista à la production de trois contractions spasmodiques consécutives, reproduisant,

sous ses yeux et sous l'exploration directe, la tumeur précédemment perçue. Pyloroplastie, guérison.

Chez la jeune fille qui fait l'objet de l'observation V et qui fut opérée par Roux de Lausanne, l'origine hystérique est également indiscutable.

Dans les cas que nous avons eu l'occasion d'étudier, il s'agit très souvent de névropathes au sens vulgaire du mot, de sujets fortement influencés par les fatigues, le surmenage, les émotions morales. Ce sont des émotifs, des hyperexcitables. Leur spasme peut se localiser non seulement au pylore, mais encore à l'œsophage, au cardia, au sphincter anal, aux divers segments du tube digestif.

On peut nous faire l'objection suivante: vous décrivez des sténoses pyloriques d'origine nerveuse, c'est très bien; mais qui vous prouve qu'une petite lésion organique, dissimulée dans les plicatures de la muqueuse sphinctérienne ne soit pas l'épine irritante qui déclenche tout ce syndrome de rétention pylorique? Ne peut-il pas se passer dans le sphincter pylorique, ce qui se produit au niveau du sphincter anal, dans le cas de fissure?

Nous répondons: C'est possible; mais dans les cas que nous avons étudiés, il faut avouer que si la lésion a existé, le spasme a été son unique symptôme: jamais la moindre hématomèse, ni le moindre mélaena, jamais le plus mince filet de sang. Ce sont des cas où la lésion n'a été rien, et où le spasme, a été tout, et il a suffi de traiter le spasme pour que tout rentre dans l'ordre. Tout s'est passé comme si la lésion organique n'avait

pas existé. Nous avons d'ailleurs trouvé plusieurs fois en défaut le chimisme gastrique : l'observation VII concerne un malade chez lequel l'hypochlorhydrie avait fait porter le diagnostic de néoplasme gastrique. On trouvera à la fin de ce travail une observation qui paraît être un hors d'œuvre, puisqu'il s'agit d'un spasme du cardia ; nous l'avons cependant rapportée tout au long, pour servir de terme de comparaison. Il s'agit d'un malade qui, depuis 10 ans, éprouve, dans les régions épigastrique et rétro-sternale, des souffrances atroces ; le chimisme gastrique varie dans des proportions considérables, et cependant les phénomènes douloureux restent les mêmes ; le traitement, institué d'après les résultats de l'analyse chimique du suc gastrique, n'entraîne aucune amélioration. Eta général très grave. Malgré l'absence complète de toute hémorrhagie, on porte le diagnostic d'ulcus : on ordonne un régime dans ce sens, pas de résultat. La radioscopie montre qu'il s'agit simplement d'un spasme œsophagien, surtout localisé au cardia (Observ. XII).

On peut admettre que ce qui est possible quand il s'agit du cardia, l'est également quand il s'agit du pylore. Si la simple contracture de l'orifice supérieur de l'estomac provoque une symptomatologie si dramatique, de quels désordres la fermeture spasmodique de l'orifice inférieur ne peut-elle pas être responsable ?

Exceptionnellement, le spasme pylorique doit être mis sur le compte d'une intoxication. Layral rapporte 2 cas de spasme du pylore dûs à l'intoxication saturnine

(Loire médicale, 1897) ; nous avons reproduit une de ces observations parce qu'elle confirme ce fait intéressant, à savoir que chez certains individus le spasme du pylore n'est qu'une localisation d'une contracture qu'on peut retrouver dans le sphincter anal, sur tout le trajet du côlon, et d'une façon générale sur les divers segments du tube digestif.

L'état de nervosité, d'hyperexcitabilité du malade, peut donc mettre sur la voie du diagnostic. En est-il de même des symptômes ?

CHAPITRE II

Analyse des symptômes

Parlons tout de suite des signes sur l'existence desquels il est impossible d'établir un diagnostic solide. Nous avons vu plus haut ce que nous devons penser du *chimisme gastrique*: il n'a peut-être pas toute l'importance qu'on a voulu lui attribuer.

La *durée de l'affection* est également incapable de nous renseigner; on ne peut guère se baser sur elle pour différencier une sténose organique d'une sténose spasmodique. Le spasme est un phénomène parfois très persistant, bien que discontinu: il peut s'éterniser sous l'influence du régime ou de la nécropathie; il a duré 2 ans chez les malades qui font l'objet des observations V et VII, 10 ans chez le malade de l'observation XI.

L'*état général* peut-il servir à différencier une sténose mécanique d'une sténose fonctionnelle? Pas da-

vantage. Comme le montrent nos observations, dans les cas de simple spasme, l'amaigrissement peut être poussé jusqu'à ses dernières limites, et la cachexie devenir extrême.

Un seul caractère peut mettre sur la voie du diagnostic, c'est l'*irrégularité, l'intermittence des symptômes*.

Dans le cas de stricture cicatricielle ou cancéreuse, le calibre du pylore reste le même ou se rétrécit d'une manière continue : la sténose est permanente ; dans tous les cas, elle ne rétrocede jamais. Le passage des aliments rencontrant toujours le même obstacle, il s'en suit que les phénomènes de rétention pylorique sont pour ainsi dire toujours les mêmes : la dilatation de l'estomac est constante ; si le malade s'alimente, les vomissements se produisent à intervalles à peu près réguliers ; si on perçoit une tumeur dans la région pylorique, cette tumeur ne disparaît pas.

Au contraire, les symptômes, dans le cas de spasme du pylore sont très irréguliers, au moins au début ; ils varient suivant le moment où on examine le malade. La contracture du pylore est, en effet, pendant très longtemps un phénomène intermittent, passager ; il en résulte que les signes de sténose sont également intermittents et passagers.

La distension de l'estomac, par exemple, varie d'un moment à l'autre. C'est à dessein que nous employons le mot de distension au lieu de dilatation : l'estomac des spasmes est simplement un estomac distendu ; il est en effet capable de revenir sur lui-même dans l'intervalle

des crises pyloriques; c'est un estomac en période de compensation; au contraire, l'estomac des sténoses organiques devient très rapidement un estomac dilaté, c'est-à-dire que ses parois, une fois forcées, ne sont plus capables de revenir sur elles-mêmes: c'est un estomac en période asystolique.

C'est ce qui explique le phénomène de la tension épigastrique intermittente qui constitue un des meilleurs signes du spasme pylorique (1). La partie supérieure de la région épigastrique apparaît asymétrique, plus proéminente à gauche qu'à droite, sans que la limite inférieure de cette proéminence atteigne l'ombilic. A la palpation, on éprouve une sensation de tension qui contraste avec la dépressibilité de l'hypochondre droit et du reste de l'abdomen. La percussion de cette proéminence donne une sonorité tympanique très nette. De temps à autre, elle s'affaisse pour se reproduire après quelques instants, donnant ainsi l'impression d'un ballon de caoutchouc qu'on gonflerait et qu'on viderait alternativement.

L'examen de la région pylorique permet d'y sentir quelquefois une petite tumeur mobile sur les organes voisins: c'est le pylore en état de contraction (Observation V).

Cette tumeur disparaît par conséquent dès que cesse la contracture pylorique. Il y a souvent, au niveau du pylore, un point douloureux très net: c'est le point

(1) A. ROBIN. — Loc. cit.

de départ des douleurs spontanées qu'éprouve le malade, et la palpation y réveille une vive douleur. (Observation VI; vérification radioscopique).

Enfin les vomissements sont très irréguliers, surtout au début. Ils sont irréguliers :

1° Quant à leur apparition : ils surviennent à intervalles très inégaux (3, 10, 15 jours, 1 mois, 1 mois 1/2, 2 mois et même trois mois), ils se produisent indifféremment la nuit ou le jour, ne semblent pas avoir de rapport bien immédiat avec l'heure des repas.

2° Quant à leur nature : les matières vomies sont tantôt des liquides et des glaires, tantôt des aliments. Enfin, leur couleur est variable : la présence de bile y est inconstante, car elle dépend de la perméabilité du pylon.

La variabilité des signes physiques a pour conséquence la variabilité de l'état général. L'amaigrissement peut être poussé à l'extrême comme dans les cas de sténose organique ; mais il est loin de suivre la même marche continue et uniforme. Dans l'intervalle des crises, le pylore est perméable et la nutrition du sujet se fait normalement. Il s'ensuit que le poids du sujet ne baisse pas suivant une ligne presque droite comme dans le cas de néoplasme, mais suivant une ligne brisée, souvent à grandes oscillations. Il y a des périodes successives d'amélioration et d'aggravation.

Les malades qui font l'objet des observations I et II ne semblent pas rentrer dans la description précédente. Ils présentaient en effet tous les symptômes d'une

sténose organique définitive. Il faut remarquer que c'était des dyspeptiques très anciens: le spasme chez eux datait de 12 et même de 23 ans. La contraction du pylore, d'abord intermittente était devenue continue: leur sphincter pylorique avait eu le temps de subir l'hypertrophie musculo-fibreuse; leur sténose, d'abord purement fonctionnelle, s'était peu à peu transformée en sténose mécanique incomplète.

Nous avons demandé à M. Doyen, si depuis sa communication à l'académie de médecine de 1898, il avait trouvé, vérifiés par l'opération, de nouveaux cas de contracture simple du pylore. Il nous a répondu en substance: « Je ne fais plus de statistique à ce sujet, car tous les cas de sténose pylorique que j'opère, guérissent d'une façon parfaite. Chez la plupart des sujets auxquels vous faites allusion et que j'opère, il ne s'agit plus d'une sténose spasmodique simple: ce sont de très anciens hyperchlorhydriques, dont le pylore s'est immobilisé, en position de spasme, par **hypertrophie musculo-fibreuse** de la paroi. L'**opération est tout** à fait indiquée chez eux, car leur pylore admet à peine l'extrémité du petit doigt. »

CHAPITRE III⁽¹⁾

Radioscopie

Pour pouvoir faire, par la radioscopie, le diagnostic d'une sténose pylorique, il importe d'avoir présentes à l'esprit la situation, la forme et la physiologie de l'estomac normal, telles qu'elles se traduisent sur l'écran.

I. — Radioscopie d'un estomac normal

Pendant longtemps on a attribué à l'estomac une direction horizontale et transversale par rapport à l'axe de corps, et une situation telle qu'une partie importante de la région pylorique se trouve à droite de

(1) Pour la rédaction de ce chapitre, nous nous sommes largement inspiré des leçons et écrits de M. BARRET, chef du laboratoire de radiologie à l'Hospice des Enfants Assistés.

la ligne médiane. Telle était, il y a à peine une quinzaine d'années la description classique de l'estomac normal, et telle est encore la description que l'on retrouve trop souvent dans les ouvrages modernes.

L'extension qu'a prise ces derniers temps la chirurgie abdominale et les progrès de la radioscopie ont entièrement modifié cette manière de voir.

L'examen radioscopique de l'estomac le montre constitué par 3 segments :

1° Le premier segment est représenté par la zone sous-diaphragmatique, de forme ovoïde, sphérique ou en dôme suivant les cas. La hauteur de cette zone varie avec l'état de vacuité ou de plénitude de l'estomac ; elle diminue à mesure que l'estomac se remplit. Sa largeur grandit à mesure que l'estomac se distend et que ses bords s'éloignent.

2° Le deuxième segment, sous-jacent au premier, vertical ou oblique à droite, mérite le nom de segment long. Il a 2 bords, l'un droit, l'autre gauche, sensiblement parallèles, qui s'écartent à mesure que l'estomac se remplit.

3° Le troisième segment, segment court, est horizontal ou bien légèrement descendant, ou ascendant vers la droite. On peut l'appeler segment juxtapylorique. Il représente la région la plus déclive de la cavité gastrique : sa hauteur s'accroît en même temps qu'augmente la largeur du deuxième segment vertical et pour les mêmes raisons.

Les deuxième et troisième segments constituent par leur réunion la région gastrique à laquelle l'étude du

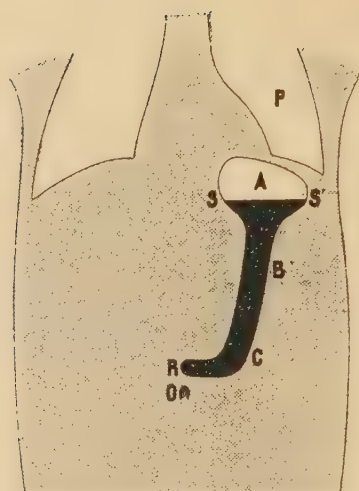
mode de remplissage permet de donner le nom de portion tubulaire.

Dans son ensemble, l'estomac normal est le plus souvent vertical; quelquefois, mais très rarement il est légèrement oblique. Seul le troisième segment juxta-pylorique est transversal, horizontal, ou très légèrement ascendant en haut et à droite.

Le viscère tout entier est contenu dans l'hypochondre gauche; seul le segment juxta-pylorique peut déborder la ligne médiane, à droite, mais toujours sur une faible étendue.

Telle est la forme générale de l'estomac normal que tous les radiologistes s'accordent à décrire: les divergences ne portent que sur des points de détail.

Chez les sujets examinés à jeun, quinze heures après le dernier repas, et en position debout, la limite inférieure, le point le plus déclive de la cavité gastrique par conséquent, correspond le plus souvent à l'ombilic.



Estomac normal contenant 40 cc. de lait de bismuth gommé, qui atteignent le niveau S₁S₂.

A. Chambre à air (premier segment).

B. Deuxième segment.

P. Poumon gauche.

O. Ombrilic.

Fig. I.

Dans d'autres cas, assez rares d'ailleurs, ce même point s'élève à 1 ou 2 centimètres au plus au-dessus de l'ombilic.

Enfin chez des sujets normaux, la limite inférieure peut descendre à 3, 4 et même 6 centimètres au-dessous de l'ombilic. Ce dernier fait est digne de retenir l'attention, car il nous oblige à modifier l'opinion classique d'après laquelle de semblables estomacs présen-

tent nécessairement des anomalies de dimension ou de position.

Situation de l'orifice pylorique. — Les examens radioscopiques montrent l'orifice pylorique situé au point le plus déclive de la cavité gastrique: ils confirment ainsi l'exactitude d'un fait que Doyen le premier a eu le mérite de signaler. L'orifice pylorique est situé à l'extrémité droite du troisième segment de l'estomac, segment tantôt horizontal, tantôt légèrement ascendant ou descendant vers la droite. L'estomac n'est normal comme forme que si le 3^e segment se présente sous cet aspect, que si l'orifice pylorique est situé au point le plus déclive de l'estomac ou très voisin de ce point. D'après Cerné et Delaforge, lorsque le pylore est au point déclive, on le rencontre sur le bord gauche du rachis, empiétant à peine sur lui, au bas de la 3^e vertèbre lombaire ou sur le disque sous-jacent, un travers de doigt au-dessus de la crête iliaque.

Dans certains cas, l'estomac est allongé et dévié, de telle sorte que le pylore, au lieu de se trouver à sa place normale, correspond à la région appendiculaire: il peut alors être localisé au point de Mac Burney. De là la possibilité d'une grave erreur de diagnostic, le spasme du pylore pouvant en imposer pour une appendicite chronique (1).

(Voir le décalque radioscopique de l'observation VI page 56).

(1) Consulter *Presse Médicale* 1^{er} décembre 1909 : Diagnostic d'appendicite et radioscopie gastrique (MM. Barret et Leven).

Physiologie radioscopique de l'estomac normal

Si on examine aux rayons un estomac normal après l'ingestion de 400 grammes de semoule au lait bismuthée, voici ce que l'on constate sur l'écran.

On voit rapidement apparaître à la partie inférieure de la grande courbure, de petites ondes qui se déplacent rapidement vers le pylore, en se succédant à intervalles rapprochés. Tout le reste de l'estomac et particulièrement la petite courbure, ne présentent d'autres mouvements que les déplacements dus à la respiration. Les ondes péristaltiques naissent sur la grande courbure à une assez grande distance du pylore; à mesure qu'elles s'approchent de lui elles deviennent plus profondes. Arrivées à 3, 4 travers de doigt du pylore, on les voit s'éteindre, puis à ce niveau se forme un sillon profond qui s'avance à la rencontre d'un sillon analogue parti d'un point correspondant de la petite courbure. Ainsi se trouve bientôt isolé au-dessus du pylore une petite région de l'estomac rempli de bouillie de bismuth. Presque aussitôt on voit cette région s'amoinrir, prendre des dimensions très réduites et finalement disparaître complètement. Son contenu est alors passé dans le duodénum. On a donc à un certain moment dans cette partie de l'image radioscopique, trois taches sombres formées par la partie infé-

rière du corps de l'estomac, par l'autre du pylore et par le commencement du duodénum, tous les trois remplis de bouillie de bismuth. Deux bandes plus claires les séparent: l'une entre le corps et l'autre, répond au sillon circulaire de contraction des parois de l'estomac; l'autre représente le sphincter pylorique. Lorsque le contenu de l'autre pylorique est entièrement passé dans l'intestin, l'image a repris son aspect primitif. Le cycle recommence jusqu'à évacuation complète de l'organe.

L'évacuation de l'estomac est assez rapide au début, si bien que 2 à 3 heures après l'ingestion de 400 gr. de semoule au lait, la majeure partie en est partie dans l'intestin. Le reste s'évacue plus lentement: On n'en trouve plus que des traces au voisinage du pylore 5, 6 et même 8 heures après le repas. L'expulsion des liquides est beaucoup plus rapide, et terminé en 1 ou 2 heures: le plus souvent, comme l'ont vu Leven et Rieder, l'estomac se vide régulièrement de son contenu liquide à la façon d'un entonnoir. Dans tous les cas, l'estomac normal est entièrement vide à jeun.

II. — Diagnostic radioscopique des sténoses pyloriques

Telles sont les manifestations radioscopiques d'un estomac normal. Il est maintenant facile de concevoir

les signes par lesquels va se traduire sur l'écran une sténose pylorique.

S'opposant à l'évacuation gastrique, cette sténose va déterminer : a) de la stase, b) de la dilatation, c) des troubles de la motilité.

a) *Stase*. — A jeun, l'estomac normal est vide, l'estomac sténosé au contraire contient du liquide en plus ou moins grande quantité. En faisant ingérer au malade une cuillerée à bouche de bismuth lycopodé, on voit le bismuth descendre d'abord comme dans un estomac vide, puis s'arrêter et flotter comme un curseur à la surface du liquide, suivant une ligne horizontale; seuls quelques grains de poudre tombent au fond de l'estomac, sous forme de traînées verticales. Si on comprime l'abdomen, on voit le niveau du bismuth s'élever.

En général, le liquide de stase est assez abondant; s'il est en petite quantité, il peut ne s'agir que d'hyper-sécrétion gastrique ou de salive sécrétée en abondance et déglutie. C'est dans ces cas douteux qu'un repas au bismuth ou l'emploi de bismuth gommé peut rendre service. On retrouve alors une quantité variable de bismuth dans l'estomac, soit après plusieurs heures, soit le matin au réveil. La présence de bismuth démontre la diminution de la perméabilité pylorique, la quantité qui reste indique le degré de l'imperméabilité.

b) *Dilatation*. — L'estomac normal a toute sa portion tubulaire remplie après l'ingestion de 30 ou

40 cc. d'eau seulement : c'est qu'il adapte constamment, comme le dit si bien M. Barret, ses parois à son contenu, dans toute sa portion tubulaire.

Quand, au contraire, il y a sténose du pylore, l'estomac se dilate : le liquide s'accumule dans le fond de l'organe distendant les parois de la portion tubulaire, et son niveau ne s'élève que peu à peu, proportionnellement à la quantité absorbée. Il faut plusieurs centaines de grammes pour atteindre le niveau auquel s'élèvent 30 grammes d'eau dans un estomac normal. Il en est ainsi parce que l'estomac dilaté acquiert une cavité réelle, permanente, tandis que l'estomac n'a qu'une cavité virtuelle.

c) Il y a enfin des *troubles de la motilité*. Les parois de l'estomac tendent à lutter contre l'obstacle pylorique ; la région juxta-pylorique devient le siège de contractions plus amples et plus énergiques qu'à l'état normal, et ces contractions s'étendent également sur une plus grande hauteur de la portion tubulaire.

Il ne suffit pas de savoir qu'il y a sténose du pylore, il faut encore faire le diagnostic de la cause. Quels sont les renseignements que la radioscopie peut nous donner à ce sujet ?

Dans le cas de *néoplasme*, l'image de l'estomac est absolument spéciale : il existe une suppression complète de la portion plus ou moins horizontale qui cons-

titue la région pylorique et juxtapylorique : cette portion, en effet, de par la sténose même, n'est plus perméable au bismuth, elle ne peut donc être rendue opaque et reste confondue avec les régions viscérales voisines. Cet aspect tronqué de l'image gastrique se retrouve dans tous les néoplasmes du pylore. L'étude des contractions gastriques donne également, en pareil cas, des notions importantes : si un cancer occupe la région juxta-pylorique, les ondes péristaltiques y sont supprimées, car l'infiltration cancéreuse détermine la rigidité de la paroi. Enfin la dilatation de l'estomac peut être poussée à l'extrême : les parois forcés ne sont plus capables de revenir sur elles-mêmes et les contractions à certains moments y deviennent imperceptibles.

Le diagnostic d'*ulcus* est en général plus difficile. Lorsque l'ulcère, après une évolution prolongée, a provoqué dans son voisinage des réactions inflammatoires, lorsqu'il existe une infiltration de la paroi, des adhérences péri-pyloriques, lorsqu'enfin des végétations, des productions fibreuses ont produit au niveau de l'ulcère le développement d'une tumeur, les modifications qui en résultent dans l'aspect de l'image radioscopique, deviennent en tous points comparables à celles que nous avons décrites, comme la conséquence des lésions cancéreuses.

Si, au contraire, l'ulcus est de date récente et ne s'accompagne d'aucune modification de voisinage dans la paroi, les troubles de la contractilité gastrique et la présence d'un point très douloureux à la palpation,

sont les seules anomalies qui puissent en faire soupçonner l'existence. Comme dans le cas de néo, le péristaltisme peut être modifié: il disparaît dans la zone atteinte par la lésion, il est excessif en intensité et en étendue en amont de celle-ci. Très souvent, l'onde contractile, après s'être propagée sur une certaine étendue, s'arrête comme à la limite d'une région infranchissable et s'immobilise dans un spasme durable. La palpation de l'abdomen, faite sous le contrôle de l'écran, fournit un élément de diagnostic en permettant de situer exactement par rapport à l'estomac la région douloureuse: une douleur très vive et très localisée doit être considérée comme l'indice vraisemblable d'un ulcus.

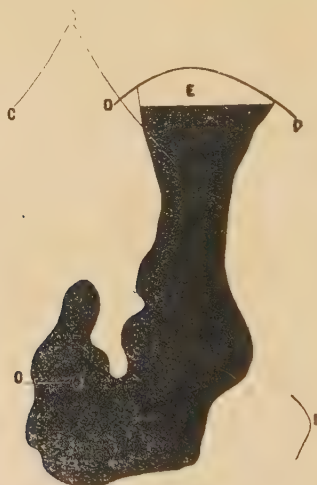
D'après Hemmeter, le bismuth, introduit dans l'estomac, en simple suspension dans l'eau, serait retenu d'une manière élective par la surface cruentée de l'ulcère, et s'y trouvant sous une plus grande épaisseur traduirait par une onde plus opaque le siège de la lésion. Mais pour que ce phénomène se produise, il faut une ulcération profonde, des bords surélevés, une surface tomenteuse, une localisation mettant le bismuth à l'abri du massage péristaltique.

Quoi qu'il en soit, pour faire le diagnostic ferme d'ulcère pylorique ou juxta-pylorique, les données radioscopiques sont insuffisantes dans un grand nombre de cas; il faut en plus la concomitance des symptômes cliniques: douleur en broche, hématomèses, mélaenas, réaction de Weber positive.

Que la sténose spasmodique soit due à la présence

d'un ulcus, ou qu'elle soit essentielle, d'origine purement névropathique, voici d'une façon générale, comment elle se traduit sur l'écran fluorescent.

L'estomac est peu ou pas dilaté; le spasme étant intermittent, les parois ne se laissent pas forcer, du moins au début; elles s'hypertrophient, et, dans l'intervalle des crises spasmodiques, elles sont capables de revenir sur elles-mêmes. La région juxta-pylorique est le siège de contractions très amples et très fortes, et ses contractions, dans les cas typiques, s'étendent à toute la hauteur de l'estomac (fig. 2).



Orthodiagramme (réduction au quart). Sténose incomplète du pylore. Contractions exagérées, étendues à toute la hauteur de l'estomac. Evacuation retardée. Estomac non dilaté. D, diaphragme; O, ombilic; E, épine dorsale.

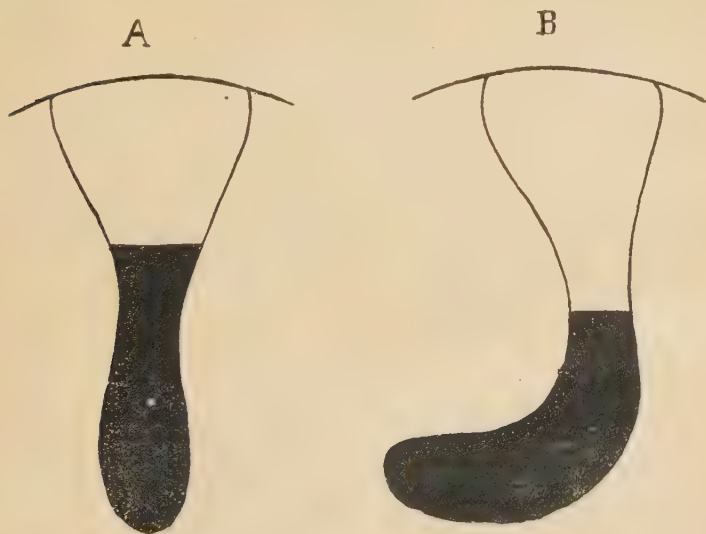
Fig. 2.

Malgré ces contractions à grande amplitude, l'évacuation de la bouillie bismuthée ne se fait pas ou se fait très lentement.

En exerçant sur l'estomac, à travers la paroi abdominale, une pression douce et continue, on peut réussir quelquefois à vaincre l'obstacle formé par le pylore contracté; le sphincter s'entrouve et laisse passer une partie du contenu gastrique.

Quelquefois on a la bonne fortune de saisir le pylore en flagrant délit de spasme: on observe alors sur l'écran la série des phénomènes suivants.

Dans un premier temps, on observe une image absolument identique à celle qu'on rencontre dans le cas de cancer de la région pylorique: la portion tubulaire est seule visible; le segment pylorique est totalement supprimé (fig. A.). On pense à un néoplasme



de l'autre; mais bientôt on voit la portion tubulaire devenir le siège de contractions violentes qui aboutissant à l'aspect suivant (fig. B.), bien différent du premier: le troisième segment devient opaque et par conséquent visible; il présente une forme normale; la limite supérieure du bismuth descend. Enfin l'aspect redevient celui de la figure A, avec cette différence que la hauteur de la portion tubulaire a diminué par suite de l'évacuation partielle de la bouillie bismuthée; et ainsi de suite (1).

Cette succession d'images radioscopiques est absolument caractéristique du spasme pylorique. Elle ne ressemble en rien, on le voit, aux images que donne un estomac dont le fonctionnement est normal.

Il est vrai que cette succession rapide d'aspects si différents est loin d'être constante et il n'est pas toujours possible de les observer sur l'écran au cours d'une seule séance. Si le spasme est durable, l'aspect observé peut rester celui de la figure A, et si on s'en rapporte à cet examen unique, on fait une grave erreur de diagnostic. D'une façon générale le spasme peut donner à l'estomac des formes très diverses, et il est souvent utile de répéter l'examen radioscopique du malade.

(1) M. Leven se propose de publier prochainement un de ces cas, absolument caractéristique, sous le nom de chorée de l'estomac.

CHAPITRE IV

Traitement

La radioscopie de l'estomac est un moyen de diagnostic très utile, mais elle ne peut être pratiquée que dans les grands centres, ce qui forcément en limite l'emploi. Il existe heureusement un autre moyen de diagnostic, d'une extrême simplicité, applicable en tous lieux, à la portée de tous les médecins, c'est le traitement médical.

Comme le dit M. Robin, le traitement médical est la véritable pierre de touche des sténoses spasmodiques et organiques. Il se fait : 1° par le régime, 2° par les calmants et les antispasmodiques, 3° par la suggestion.

1° *Régime.* — Dans les cas de sténoses spasmodiques, les échanges généraux ne diminuent que par suite de l'insuffisance d'apport alimentaire bien digé-

ré, les facultés oxydantes restent intactes, et, à part une déminéralisation organique, qui est plus relative qu'absolue, il n'existe pas de trouble réel et décisif dans la nutrition élémentaire (1). La meilleure preuve que l'on en puisse fournir, c'est l'activité que prennent les échanges, même dans des cas graves quand on sent le tube digestif en état de fournir aux tissus des éléments sur lesquels puisse se manifester leur activité. La conséquence de ce fait c'est qu'il faut viser uniquement la digestion et ne pas essayer, comme on le fait si souvent de stimuler l'organisme par de prétendus toniques qui ne font qu'aggraver le trouble stomacal.

Le régime le plus apte à calmer l'hyperexcitabilité gastrique est le régime lacté. Quand on ordonne le régime lacté exclusif à un malade, on fixe toujours la quantité à 3 litres, 3 litres et demi et même 4 litres. Cette grande quantité de lait ne nous paraît pas nécessaire, et dans le cas particulier elle est même nuisible. La radioscopie gastrique nous apprend que 200 à 300 grammes de lait pur restent dans l'estomac de 2 heures quarante-cinq minutes à 3 heures: il n'est donc pas étonnant que la ration classique journalière de 3 litres à 3 litres et demi, répartie en 4 à 5 repas, malgré toutes les précautions qu'il est possible de prendre, provoque si souvent l'indigestion et le dégoût. D'ailleurs l'expérience démontre qu'un malade adulte en traitement au lit, ou se livrant à un travail

(1) A. ROBIN. — Loc. cit.

peu fatigant, est suffisamment alimenté, s'il consomme 1 litre et demi, 2 litres au plus de lait par jour; des observations nombreuses ont montré que le poids du corps se maintient, à 200 ou 300 grammes près, durant 15, 20 et même 30 jours de ce régime. Il faut conseiller au malade de boire le lait lentement, par petites gorgées, pour que le liquide, arrivant en petite quantité dans l'estomac, soit coagulé au fur et à mesure en fins grumeaux, qui seront ensuite plus facilement attaqués par les sucs digestifs que ne le seraient de gros caillots. Il faut enfin recommander au malade d'éviter les fatigues, et de se reposer surtout après le repas.

Voici par exemple une ordonnance qui, dans les cas d'intolérance gastrique, a toujours donné à M. Leven d'excellents résultats:

1° Repos absolu au lit durant 4 à 8 jours. Eviter toute fatigue durant 15 à 20 jours.

2° Régime lacté absolu durant 3 à 5 jours; — 1.500 grammes en 24 heures; une tasse de 300 grammes toutes les 3 heures, de 7 heures du matin à 7 heures du soir. Boire le lait chaud, pur ou aromatisé, par petites gorgées.

3° Après trois à cinq jours, réalimentation graduelle: tapioca, semoules, riz bien cuit, puis farines de légumineuses et œufs à la coque. Eviter la viande, le pain et les aliments indigestes; — le tout durant 15 jours.

4° Durant ces 15 jours, 1 jour sur 4 de régime lacté comme au début.

5° Se reposer environ 20 minutes après chaque repas.

Lorsque le malade revient peu à peu aux aliments solides, il faut éviter qu'il prenne du lait, comme boisson, aux repas. L'usage du lait, dans ces conditions est fâcheux, car le malade est ainsi suralimenté, et cette suralimentation méconnue est dangereuse. Il faut alors remplacer le lait par des infusions chaudes.

2° *Médicaments.* — Ainsi compris et appliqué, le régime suffit quelquefois, indépendamment de toute médication, pour faire cesser le spasme pylorique. Le malade, qui fait l'objet de l'observation VI, était dyspeptique depuis 8 ans, et vomissait depuis plus d'un an: il a été amélioré et guéri exclusivement par le régime; il n'a jamais pris de médicament.

Mais en règle générale, l'adjonction de médicaments est utile, et quelquefois elle est nécessaire.

M. Leven fait prendre durant 8 jours, toutes les 2 heures, une cuillerée à dessert de la potion suivante:

Sous-nitrate ou carbonate de bismuth 5 grammes.

Gomme arabique 15 grammes;

Eau distillée q. s. p. 150 grammes.

Cette médication ne provoque pas en général la constipation.

Pour calmer l'excitabilité gastrique, on utilisera

avec succès la série des médicaments antispasmodiques : bromure, codéine, belladone, valériane, etc., etc. Les applications chaudes et humides sur la région épigastrique sont également indiquées.

3° *Suggestion.* — Enfin la suggestion rendra de grands services quand on aura affaire à ces névropathes, dont le système nerveux entre en vibration sous l'influence de la moindre émotion. C'est ainsi que nous avons souvent vu de ces malades améliorés par le simple examen radioscopique. Les affections digestives sont certainement, parmi les affections chroniques, celles qui influent le plus sur le système nerveux. Réciproquement l'état mental influe énormément sur les spasmes du tube digestif, ce qui montre une fois de plus toute l'importance de la psychothérapie.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I

...., 39 ans. — Premières crises gastriques à l'âge de 16 ans.

A partir de 26 ans, les digestions sont de plus en plus difficiles; l'estomac intolérant rejette fréquemment son contenu de demi heure à 1 heure après le repas. Les aliments sont mieux conservés la nuit: le malade éprouve alors une sensation de pesanteur très pénible, se ballonne, présente des éructations pénibles et souffre.

Si le sommeil est impossible, il se met les doigts dans la bouche et se fait vomir. Les vomissements spontanés surviennent aussitôt après les repas, 3 à 4 jours par semaine. Quand les aliments ont été conservés toute la nuit, il arrive fréquemment que le malade vomit le matin. Il rejette alors un liquide grisâtre, fétide et très acide. Ce liquide lui brûle la gorge et la langue. Après plusieurs périodes d'accalmie plus ou moins longues, l'état s'est aggravé.

Opéré par M. Doyen, le 25 janvier 1893. Estomac sectionné au-dessus du pylore et refermé de même que le duodénum. L'absence de stérose mécanique est directement constaté. Guérison complète.

OBSERVATION II (1)

Mlle B..., 26 ans.

Cette malade d'une taille de 1 m. 70 environ, était arrivée à un tel état de cachexie qu'elle ne pesait plus que 32 kilos. Venue

(1) Ces 2 observations ont été publiées dans la Médecine Moderne, 1897.

de l'étranger 3 ans auparavant, elle pesait alors 55 kilos. Un traitement par les injections de sérum lui fit perdre 10 kilogrammes. Elle fut examinée et soignée par plusieurs médecins de Paris qui portèrent le diagnostic d'hyperchlorhydrie. Cette malade souffrait presque constamment. Les aliments séjournaient de longues heures dans l'estomac sans pouvoir franchir le pylore. Il n'y avait pas de vomissements et le réservoir gastrique se vidait à la longue. Quand la malade souffrait trop, elle tentait d'évacuer artificiellement son estomac. La faiblesse était telle qu'il était impossible de se livrer sans danger à des explorations par la sonde.

L'opération, pratiquée le 9 avril 1896 par M. Doyen permit de constater qu'il n'y avait aucune trace de sténose organique du pylore, mais une simple contracture.

Cette malade succomba au bout de quelques jours, sans accidents aigus. La suture de la peau n'avait pas de tendance à se réunir. Les parois du ventre, amincies, présentaient pendant la vie une transparence et un aspect cadavériques.

OBSERVATION III

H... N., ecclésiastique, 36 ans, 60 kilos.

Entré le 21 février 1899, sorti le 2 mars 1899.

Souffre de l'estomac et des intestins depuis seize ans environ; il a éprouvé tous les symptômes de l'ulcère rond, sauf les vomissements de sang. Périodes d'amélioration et d'aggravation. A essayé de tous les traitements et de toutes les médications sans résultat. Il entre à l'hôpital, pour essayer en dernier ressort d'une opération éventuelle. Actuellement il se plaint de pesanteur, renvois, sensation de plénitude, ou d'estomac jamais vide. Céphalalgie, constipation.

Examen. — L'estomac est dilaté, grande courbure au-dessous de l'ombilic; deux heures et demie après le repas ordinaire, l'estomac contient encore environ 200 cc. de bouillie gastrique, ayant une acidité totale en HCL de 0,40 pour 1.000.

Après 4 ou 5 jours de bains tièdes, d'eau alcaline bromurée, l'estomac reprend son fonctionnement normal; avec le même repas il ne contient plus que très peu de nourriture après trois heures de digestion, et à jeun il est absolument vide.

Tous les symptômes subjectifs s'amendent rapidement et le malade sort de l'hôpital mangeant de tout, et digérant n'importe quelle nourriture.

Dans le mois de décembre, le malade donne de ses nouvelles; il a augmenté de 15 kilos, il digère les aliments réputés les plus lourds.

OBSERVATION IV

Voici deux cas de spasme essentiel qui ont provoqué la gastro-entérostomie :

C... Clémence, 30 ans; poids 38 kilos.

Entrée le 2 juillet 1898, sortie le 6 septembre 1898.

Depuis cinq ans souffre de gastralgie avec vomissements après les repas. Prétend avoir vomi du sang rouge ou noir à plusieurs reprises, et avoir remarqué des selles noires. Soignée à plusieurs reprises dans les hôpitaux, toujours pour des troubles gastro-intestinaux. Actuellement elle prétend avoir des douleurs intenses dans la région épigastrique, une grande soif, des vertiges allant jusqu'à l'évanouissement. Environ 10 minutes après chaque repas, elle vomit les aliments, mais sans effort; forte constipation.

..Examen. — A l'insufflation la grande courbure de l'estomac

arrive à moitié chemin entre l'ombilic et la symphyse pubienne. La partie prépylorique est surtout très dilatée. Gastro-entéroptose.

Contenu gastrique retiré deux heures et demie après repas ordinaire: 100 cc.; acidité totale en HCL: 0,32 p. 1.000.

Plusieurs examens successifs montrent une grande irrégularité dans le fonctionnement mécanique de l'estomac, tantôt il y a de la rétention, tantôt il n'y en a pas ou peu.

La malade souffrant toujours beaucoup, elle consent à se laisser opérer. Le 12 juillet, M. le professeur Roux pratique la gastro-entérostomie postérieure en V. La forme de l'organe correspond exactement aux contours inscrits au moyen de l'insufflation, les parois stomacales sont normales, nulle part on ne peut voir de cicatrices d'ulcères.

Le pylore ne présente pas de rétrécissement, on y introduit le doigt sans effort.

Il n'y a pas eu d'incident opératoire, tout se passe normalement. Elle recommence à manger le 15, lait et œufs, et l'estomac paraît se vider normalement. Pas de renvois, pas de vomissements. Cela dure jusqu'à sa sortie de l'hôpital. Elle pèse 36 kilos.

OBSERVATION V

Emilie R... 23 ans.

Cette jeune fille a déjà fait plusieurs séjours à l'hôpital, soit pour l'anémie, soit pour les troubles digestifs.

Elle entre pour la première fois dans notre service en décembre 1890, pour en sortir au mois de mai 1891. Pendant tout ce temps elle s'est plainte de troubles digestifs qui ont paru être sous la dépendance du système nerveux et de l'anémie (60 p. 100 d'hémoglobine).

Nouveau séjour de novembre 1891 à mai 1892. Mêmes symp-

tômes. Poids d'entrée 56 kilos. Poids de sortie 51 kilos. Taille 1 m. 45; hémoglobine, 70 p. 100. On ne constate pas de rétention stomacale et le suc gastrique paraît normal; forte constipation. Troubles neurasthéniques prononcés. Troubles de la sensibilité cutanée très variables.

Nouveau séjour de septembre 1897 à mai 1898. Poids 52 kilos; taille, 1 m. 53 mêmes symptômes gastriques et nerveux. A l'examen objectif, l'estomac, qui présentait la grande courbure à l'ombilic, descend maintenant à 3 travers de doigt en dessous de l'ombilic. Il n'y a pas de rétention alimentaire, le suc est très acide (0,40 p. 100), mais cette acidité varie beaucoup suivant la nature des repas.

Les vomissements deviennent de plus en plus fréquents, et on sent dans la région du pylore une petite tumeur mobile, douloureux à la pression. Bien qu'il n'y ait pas de vrais signes de rétention, mais à cause de ces vomissements, la malade se décide à se laisser opérer.

Le professeur Roux pratique la gastro-entérostomie le 18 décembre. On trouve des adhérences autour du pylore, qui est plus dur que normalement et dont l'ouverture ne laisse passer que le petit doigt.

Quinze jours après, le traumatisme chirurgical est complètement guéri, mais l'estomac présente quand même des phénomènes de rétention; aussi après le repas mixte ordinaire on retrouve jusqu'à 200 cc. de bouillie alimentaire d'une acidité normale. Les vomissements recommencent alimentaires, bilieux ou muqueux, et plusieurs fois dans la journée. La malade baisse rapidement de poids (de 4 kilos). Crises hystériques.

On se décide à faire une nouvelle laparotomie pour se rendre compte de l'état d'abouchement gastro-intestinal; on trouve celui-ci très normal, sans aucune adhérence pathologique et on y introduit facilement deux doigts: il est donc très perméable.

Elle guérit très bien de cette nouvelle intervention, et pendant trois semaines, elle ne vomit plus; mais cela recommence bientôt,

et les vomissements se reproduisent tous les jours. La rétention stomacale est toujours la même. La malade sort avec un poids de 45 kilos (diminution : 7 kilos).

Nouveau séjour, 30 octobre 1898 à avril 1899. Mêmes phénomènes subjectifs et objectifs que pendant le séjour précédent. Vomissements, rétention, gastralgies. Les symptômes hystériques s'accroissent et le traitement est uniquement dirigé de ce côté; pendant ces 6 mois de séjour à l'hôpital il y a des alternatives de bien et de mal, mais on n'arrive pas à améliorer l'état de la malade. Entrée avec un poids de 45 kilos, elle ressort avec 41 kilos. Fatiguée d'être à l'hôpital, elle demande à sortir pour aller à la campagne.

Cette malade est revue en juin 1900: elle dit éprouver les mêmes symptômes que précédemment, et n'avoir pas encore pu reprendre un travail régulier. Même rétention stomacale. (1)

Cette dernière observation prouve qu'il y a, sous la dépendance immédiate du système nerveux, des spasmes essentiels, non seulement du pylore, mais encore de l'estomac tout entier.

(1) Les observations III, IV et V ont été publiées en janvier 1902 (Gastro-Entérostomie par MM. Bourget et Roux de Lausanne).

OBSERVATION VI (inédite)

J. . . , 40 ans, à Loulans-les-Forges (Haute-Saône).

Antécédents héréditaires: nuls. Parents encore vivants, bien portants. Deux sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels: c'est un buveur; il boit depuis l'âge de 16 ans.

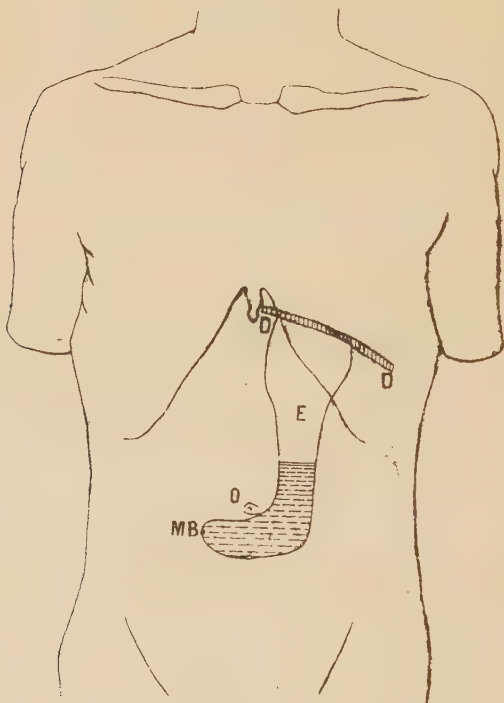
Le début de ses troubles digestifs remonte à l'année 1900. Ces troubles furent d'abord passagers, fugaces; puis ils s'accrochèrent, présentant, en 1905, le type net d'hyperchlorhydrie: régurgitations acides, douleurs survenant 4 heures après le repas. Ces crises, d'abord intermittentes, devinrent quotidiennes et se produisirent bientôt au sortir de table, durant deux, trois heures.

Enfin les vomissements apparurent brusquement en janvier 1908; ils survinrent d'abord la nuit et furent d'emblée considérables. Ils se reproduisaient à un mois d'intervalle au début, puis tous les 15 jours, laissant le malade fourbu pendant un jour ou deux. Amaigrissement considérable. Jusqu'alors indocile aux conseils de son médecin, le malade inquiet prend des médicaments; mais ne constatant pas d'amélioration immédiate, il vient à Paris consulter MM. Caussade et Leven, à l'hôpital Tenon (mars 1909).

Examen. — Estomac dilaté, clapotage à la succussion; la percussion détermine des ondes; sialorrhée abondante, n'a jamais eu d'hématémèse, ni de méléna. Poids du malade: 60 kilos.

On pense à une sténose spasmodique du pylore et M. Barret pratique un examen radioscopique. (Hôpital des Enfants assistés; 27 mars 1909). Les résultats sont les suivants: les douleurs, sourdes et pénibles, siègent en effet dans la région pylorique. Il y a un peu de liquide à jeun; la chambre à air est distendue; l'estomac est dilaté; il y a des contractions excessives dans la ré-

gion pylorique. Le contour pylorique est indistinct sur son bord supérieur. L'évacuation est très lente et intermittente. (Voir fig. ci-contre).



DD, diaphragme; E, estomac; O, ombilic (1)

Le malade est traité seulement par le repos et le régime lacté. Aucun médicament.

Juin 1909. — Les douleurs après le repas ont complètement cessé; aucune grosse crise; deux vomissements seulement depuis le mois de mars. Poids: 63 k. 500.

25 avril 1910. — Le malade écrit qu'il va très bien.

(1) Dessin radioscopique paru dans la presse médicale du 1^{er} déc. 1909 reproduit grâce à l'obligeance de M. Masson.

OBSERVATION VII (inédite)

W . . . , 50 ans, serrurier.

Entre le 5 mars 1910 à l'hôpital Tenon (salle Pidoux), pour des crises de vomissements.

Buveur. Le malade a eu, il y a 7 ans, un coup de brancard sur la région épigastrique.

Il a eu, de tout temps, des renvois sans saveur particulière, et des éructations, survenant une demi-heure, une heure après le repas, durant une à deux heures, puis disparaissant. En dehors de ces éructations et de ces renvois, le malade n'a jamais présenté de véritables troubles digestifs: il mangeait de tout, digérait très bien, ne vomissait jamais; pas de syphilis.

Il y a environ deux ans, le malade a ressenti brusquement un malaise général, et a été pris de nausées. Il s'est ensuite mis à vomir. Les vomissements ont duré à peu près 24 heures; puis tout est rentré dans l'ordre. La crise s'est reproduite ensuite à intervalles irréguliers. En dehors de ces crises, le malade ne ressent aucune douleur; il mange et il travaille.

Le grand et pour ainsi dire le seul symptôme fonctionnel, chez ce malade, est constitué par les vomissements. Ces vomissements sont irréguliers: 1° quant à leur apparition, 2° quant à leur durée, 3° quant à leur nature, 4° quant à leur quantité.

1° *Quant à leur apparition.* — Ils surviennent tantôt au bout d'un mois, tantôt au bout d'un mois et demi, tantôt au bout de deux mois. Ils se produisent indifféremment la nuit ou le jour, le matin ou le soir. Ils semblent n'avoir aucun rapport avec l'heure des repas: ils surviennent tantôt avant, tantôt après. Ils se succèdent à dix, quinze, vingt minutes d'intervalle.

2° *Quant à leur durée.* — La durée de la crise est variable: elle

est tantôt de 6 heures, tantôt de 8, tantôt de 12, de 24 ou même de 48 heures. Une fois, elle a duré 3 jours.

3° *Quant à leur nature.* — Les matières vomies sont tantôt des liquides et des glaires, tantôt des aliments. Le malade a très souvent remarqué dans les vomissements, des aliments mangés la veille ou même l'avant-veille. Il est très catégorique à ce sujet. Enfin, ces vomissements sont d'une couleur variable: tantôt blanchâtres, tantôt jaunes, tantôt vert porracé. Jamais d'hématémèse, ni de melaena.

4° Enfin leur quantité est très variable.

Le malade fut d'abord soigné par les antivomitifs et les alcalins; on le mit au régime suivant: pas de vin, pas de café; lait, laitage, potages épais, semoules, purées de pois, de haricots, de pommes de terre, viandes blanches, etc. Les crises revenaient plus fréquentes quand le malade s'écartait du régime, mais elles revenaient aussi, moins souvent cependant, quand il l'observait strictement.

Au bout de 6 mois, le malade fut envoyé en consultation à l'hôpital Saint-Antoine. Là, *on le mit au képhyr*, et on fit pratiquer l'analyse du suc gastrique. A la suite de cet examen clinique, *on porta le diagnostic de néoplasme de l'estomac*. Ainsi étiqueté, le malade fut envoyé à M. Hartmann, en vue d'une intervention sanglante; mais, ne voulant pas d'opération, il refusa d'entrer à l'hôpital Bichat. Son état n'a fait qu'empirer jusqu'au jour où il entre à l'hôpital Tenon.

Examen le 10 mars 1910.

Le malade a le facies fatigué; mais il n'est pas anémique, car les muqueuses gingivale et conjonctivale restent très colorées. Il dit avoir maigri de 12 kilos dans l'espace de 2 ans.

Poids actuel: 57 kilos.

Il a conservé son appétit pour tous les aliments, même pour les graisses. En dehors des crises, de plus en plus fréquentes ces der-

niers temps, il digère très bien. Pas de constipation; jamais de melaena.

Pas d'albumine dans les urines. La région épigastrique ne présente rien d'anormal à l'inspection; la palpation n'y révèle pas de tumeur et n'éveille pas de point douloureux. Pas de ganglions claviculaires. Le foie déborde de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes. Pas de symptômes de tabes.

On constate, au sommet pulmonaire droit, une légère submatité et une respiration suspirieuse. Le malade ne tousse pas.

Examen radioscopique le 12 mars 1910.

On donne la veille, dans l'après-midi, 30 grammes de bismuth (sous-nitrate de), à prendre, en 2 fois, à un quart d'heure d'intervalle. Le soir, le malade mange à son ordinaire, le lendemain on le garde à jeun.

On constate, au premier abord :

- 1° une ombre ganglionnaire au niveau du hile du cœur;
- 2° un diaphragme aussi élevé à gauche qu'à droite;
- 3° un estomac très bas, vertical et à peu près vide. Pas de liquide à jeun; donc pas de stase.

On fait ingérer au malade une cuillerée à bouche de bismuth lycopodé, et on procède à un nouvel examen; on voit le bismuth flotter à la partie moyenne de l'estomac; il y a donc eu, pendant le temps très court qui a séparé les deux examens, une sécrétion très rapide et très abondante de suc gastrique. De plus, la chambre à air a augmenté de volume et a refoulé le diaphragme, de telle sorte que celui-ci est plus élevé dans sa moitié gauche que dans sa moitié droite. L'évacuation est très lente; il y a des contractions exagérées dans la région pylorique.

Le malade reste à l'hôpital du 5 au 19 mars. On le nourrit pendant ce temps avec du lait, des œufs, des potages, des purées de pommes et du pain. Du 20 février au 19 mars, il n'a pas eu un seul vomissement.

Il sort le 19 mars avec l'ordonnance suivante :

- 1° ni pain, ni vin, ni choux;
- 2° bien mâcher;
- 3° boire des tisanes chaudes (1 à 2 tasses à chaque repas);
- 4° éviter toutes fatigues;
- 5° Se reposer environ 20 minutes après chaque repas;
- 6° Tous les 2 jours, aux deux repas, prendre une cuillerée à dessert de la potion suivante :

Sous-nitrate de bismuth	5 gr.
Gomme arabique	10 gr.
Eau	q. s. p. 150 gr.

(M. Leven).

4 avril 1910. — Le malade revient se faire voir : il n'a pas un seul vomissement depuis qu'il est sorti; il a manifestement engraisé.

28 avril 1910. — Pas de vomissements; le malade a repris son travail. Poids actuel : 63 kilos. Il y a donc eu un gain de 6 kilos dans l'espace de 50 jours.

13 mai 1910. — L'état du malade s'est conservé excellent jusque il y a 3 jours. Le 10 mai, il s'est écrasé la troisième phalange du majeur droit : depuis ce moment il a du ballonnement du ventre, des douleurs épigastriques discontinues, des nausées, des éructations, une langue saburrale, de l'anorexie; mais pas de vomissement. Ces symptômes disparaissent sous l'influence du bromure, ce qui tend à prouver qu'ils étaient sous la dépendance du système nerveux, ébranlé par le traumatisme.

Des observations précédentes, on peut rapprocher les deux suivantes, à qui il manque la vérification radioscopique.

OBSERVATION VIII (inédite)

Homme de 48 ans, employé des chemins de fer, malade depuis 2 ans.

Vomissements par périodes de 8 à 15 jours (aliments ou liquides acides et brûlants), survenant 3, 4 heures après le repas. Jamais de sang.

Au moment des accès, douleurs épigastriques très violentes (douleurs en broche); la douleur était localisée dans ce qu'on appelle classiquement la région pylorique. Son médecin pense à un ulcus ou à une périgastrite.

Ce malade avait une accentuation des crises (douleurs et vomissements) depuis un mois, quand il vint consulter M. Leven. Traitement médical: *le malade est renvoyé guéri au bout de 8 jours.*

OBSERVATION IX (inédite)

Malade âgé de 49 ans, journalier, entré le 6 juillet 1909 à l'hôpital Tenon.

Se plaint de douleurs continues, se faisant sentir jour et nuit, sans paroxysmes, calmées par l'ingestion des aliments. Le malade compare ses douleurs à de violentes coliques.

Le maximum de la douleur est situé en un point également distant de l'appendice xyphoïde et de l'ombilic. C'est d'ailleurs le seul endroit où la pression augmente la douleur.

Ainsi la douleur est ici le signe dominant; avec elle on constate des vomissements âqueux, verdâtres et abondants.

Ils se produisent au milieu de la nuit, vers 11 heures, minuit; ils sont précédés de nausées pénibles, et en 3 ou 4 fois, le malade remplit la moitié d'une cuvette environ.

A partir du 14 juillet, ces vomissements se produisent toutes les nuits.

Le malade est constipé: il n'a eu que deux selles dans l'espace de 10 jours. Jamais d'hématémèse, ni de mélæna.

Enfin perte d'appétit, dégoût des aliments. Le malade ne boit que de la tisane (1 l. par jour environ); quelquefois il mange un œuf; mais *le tout est vomé 4 heures après l'ingestion*. Il a souvent des éructations.

Ainsi: douleur épigastrique, vomissements, constipation, perte d'appétit, tels sont les troubles digestifs que présente ce malade.

En dehors de la douleur réveillée par la pression épigastrique, l'examen n'apprend rien de particulier.

M. Leven pense à un spasme du pylore. On conduit le malade aux Enfants-Assistés pour un examen radioscopique; mais un court-circuit empêche l'examen (20 juillet).

De retour à l'hôpital, le malade mange des œufs et des légumes; il ne vomit plus. Le 30, il sort de l'hôpital entièrement guéri.

OBSERVATION X, publiée dans la *Loire Médicale* (1897).

M. S..., 36 ans, cultivateur, malade depuis près de 2 mois. Etat de maigreur extrême. Dès le début de sa maladie, il a eu des coliques sourdes accompagnées de vomissements d'abord espacés, puis de plus en plus fréquents. Actuellement (août 1896), vomissements incessants, intolérance gastrique absolue; dégoût très vif pour la viande et les aliments gras. Constipation opiniâtre. Ventre très déprimé, paroi abdominale fortement rétractée et comme appliquée contre la colonne vertébrale. A l'épigastre, on ne sent pas de tumeur, mais une vague rénitence; palpation très douloureuse à ce niveau. Cachexie extrême du malade; léger subictère des conjonctives, teinte jaune paille des cancéreux; peau plissée et sèche; pas d'œdème des membres inférieurs, pas d'adénopathie.

Tous les médecins de la région ont porté le diagnostic de can-

cer de l'estomac; un médecin lyonnais, ancien interne des hôpitaux, chef de clinique à la Faculté, porte le même diagnostic.

Le docteur Laurençon, ancien interne des hôpitaux de Lyon, consulté à son tour, eu tout de suite, lui aussi, l'impression d'un cancer d'estomac; mais, persuadé que dans l'état de cachexie où se trouvait le malade, la tumeur gastrique devait être accessible à la palpation, il fut très étonné de ne rien trouver. Il eut alors l'idée d'explorer le rectum du malade, et fut très frappé par la difficulté qu'il éprouva à introduire son doigt dans le sphincter fortement contracté. Par le palper abdominal, il trouva le gros intestin sous la forme d'un cordon uniformément dur, résistant, lisse, sans bosselures. Ayant déjà remarqué ces symptômes chez des malades atteints de coliques saturnines, il eut l'idée d'examiner les gencives du malade et trouva un liseré de Burton très net; la femme du malade et un petit berger de la maison présentaient aussi ce liseré. Le Docteur Laurençon porta alors le diagnostic ferme de saturnisme et prescrivit le traitement suivant : belladone à hautes doses; huiles d'olives, 5 à 6 cuillerées à soupe par jour; comme alimentation, du lait; puis, pour agir mécaniquement sur l'intestin, une abondante purée de pommes de terre qui fut d'ailleurs parfaitement tolérée dès le second jour. Un peu plus tard, traitement de la Charité.

L'amélioration fut très rapide. Les vomissements cessèrent dès le premier jour.

Au bout de 3 à 4 jours, les douleurs abdominales diminuent et les selles se régularisent; le ventre devient ballonné et souple. Le malade engraisse à vue d'œil; il augmente de 1.800 grammes en moins d'une semaine. Convalescence très courte. Au bout de 4 semaines, le malade reprend ses travaux des champs.

OBSERVATION XI (inédite).

Cette observation concerne un malade, M. F. C... dont l'affection gastrique a débuté vers l'âge de 40 ans.

C'est un névropathe, au sens général du mot, sujet à des dépressions morales accentuées, chez lequel les événements de la vie ordinaire ont eu une répercussion très marquée. On ne trouve dans son passé aucune affection, aucun trouble, aucune intoxication qui puisse expliquer une lésion gastrique.

Au cours de son affection, il a présenté des modifications évidentes du chimisme gastrique. Les analyses suivantes ont été faites sur le liquide extrait 3 heures après un repas d'épreuve, ainsi composé :

Bouillon	200 cent. cubes
Bifteak	100 gr
Pain	50 gr
6 pruneaux cuits.	

Le suc gastrique extrait le 15 juin 1902 est assez abondant. Mis à l'étuve avec des morceaux de blanc d'œuf; il digère complètement cette albumine en 12 heures; son pouvoir digestif est donc considérable. Examiné au microscope, le résidu, assez abondant, se montre formé de fibres musculaires en grande partie digérées; on voit aussi de petits fragments de membranes végétales; quelques parcelles noires flottent dans le liquide: ce sont des morceaux de pruneaux.

L'analyse chimique, pratiquée à 3 reprises, donne les résultats suivants: sur 100 grammes de liquide gastrique:

(1) Nous devons cette observation à l'obligeance de M. Caussade.

	13 nov. 1899	15 juin 1902	19 août 1902
Acidité totale (A)....	0,218	0,438	0,191
HCl libre (H)	0,051	0,330	0,062
Chlore combiné organique.....	0,197	0,087	0,194
HCl + Cl	0,248	0,417	0,256
Chlore total (T).....	0,372	0,540	0,438
Chlore fixe (F).....	0,124	0,117	0,182
Coefficient $\frac{A-H}{c}$	0,84	1,23	
	T/F = 3	4,6	
		Acide lactique abondant.	Pas d'acide de fermentation

Ces analyses (faites avec toutes les précautions qu'il est possible de prendre en pareils cas) ont été pratiquées pendant 3 périodes également douloureuses: il a été impossible d'en retirer un renseignement bien précis, puisque le chimisme gastrique a présenté des variations extrêmes sans que ni les douleurs, ni l'état général aient présenté la moindre modification. Le traitement s'est inspiré de ces diverses analyses, et cependant aucune amélioration notable n'est survenue.

Ces préliminaires semblent empiéter sur l'observation; mais ils étaient nécessaires pour prouver que, dans l'état actuel de nos connaissances, le chimisme gastrique n'a pas toujours la grande importance qu'on veut bien lui attribuer. Dans le cas particulier, nous avons été obligé de donner une importance considérable, presque exclusive, à la clinique et à la radioscopie: seules, en effet, elles ont pu nous éclairer sur la nature de l'affection gastrique. A aucun moment, nous n'avons trouvé dans le liquide gastrique, des traces de sang; jamais la moindre hématomèse, ni le moindre mélaena.

Le malade en question a ressenti, au début, vers l'année 1907, des douleurs assez vagues; le tableau clinique, dans la suite, était

celui d'un dyspeptique simple avec de la douleur épigastrique, de la dyspepsie flatulente, des aigreurs, de la somnolence après le repas. Pas ou peu de vomissements, pas de régurgitation. Un phénomène néanmoins était constant, qui, au début n'attira pas l'attention: c'était la douleur qui siégeait sur le trajet de l'œsophage, chaque fois que le bol alimentaire le traversait.

Etat du malade de 1897 à 1908:

Sensation de brûlure, avant le repas, dans la région épigastrique; atténuation de la douleur par l'ingestion des aliments. Cette douleur reparait sous forme de crise 7 heures après le repas; elle se localise exactement sous les côtes à droite, et dure 3 heures: début rapide, acmé très vite atteint; la douleur est tellement vive que le malade se roule par terre. Quelquefois, mais très rarement, vomissements alimentaires au moment des paroxysmes douloureux; jamais le moindre filet de sang dans le liquide vomi.

En 1900, survient un épisode important: contracture du sphincter anal, sans que l'examen le plus soigneux révèle la présence de la moindre fissure, contracture telle qu'elle rend très vite la défécation impossible. La dilatation de l'anus, pratiquée comme dans les cas de fissure, fut seule capable de faire cesser ce spasme. Dès ce moment, le malade pouvait être envisagé comme un névropathe dont l'élément musculaire, dans les divers segments du tube digestif, entraînait en contraction spasmodique. C'est cependant au diagnostic d'ulcère qu'on s'arrêta, et c'est dans ce sens qu'un traitement fut institué. Sous l'influence du régime diététique, bien que l'élément spasmodique ne fût pas visé, une légère amélioration survint, et la douleur épigastrique disparut. Mais faisons remarquer que cette douleur épigastrique, symptomatique de la souffrance du plexus solaire, prouvait, comme le démontra si bien M. Leven, l'élément névralgique pur, indépendant de toute lésion organique. Seule persista pendant longtemps la douleur sous costale qui attestait que l'œsophage se contractait douloureusement; elle est restée continue, quoique fortement améliorée par le régime et surtout par les anti-ner-

vius: cocaïne, eau-de-chaux, poudres inertes, etc...; elle était encore provoquée par les fatigues, les veillées, les émotions morales; une infraction quelconque au régime la réveillait et provoquait des irradiations dans la colonne vertébrale, et le membre supérieur droit. Néanmoins, le diagnostic d'ulcus fut maintenu, car le malade maigrissait à vue d'œil et son teint devenait jaunâtre et blafard.

Vers la fin de l'année 1906, il y eut une certaine amélioration: la douleur sous-costale avait disparu à peu près complètement; par contre, la région épigastrique était redevenue très douloureuse, et alors survinrent les phénomènes suivants qui nous conduisirent à faire le diagnostic qui nous semble exact, à savoir qu'il s'agissait purement et simplement du spasme œsophagien et localisé essentiellement au niveau du cardia. Il existe, dans les régions précordiale et rétro-sternale une douleur survenant surtout au moment de l'ingestion des aliments. C'est une sensation d'étranglement, d'étouffement. Le malade porte les mains sur la région douloureuse, déchire ses vêtements pour enlever le poids qui l'opprime. Après la crise surviennent des sueurs froides, des lypothymies. Entre temps se produisent des crises intermittentes très rares, légères, de la durée de 4 à 5 jours, à intervalles de 3 à 4 mois, consistant en tiraillement, brûlure, sensation de torsion, occupant les environs de l'appendice xyphoïde; elles sont influencées par le repos et n'augmentent nullement par l'ingestion des aliments (aliments fluides d'ailleurs, non susceptibles d'éveiller les contractions de l'œsophage). Et, fait important, surviennent pendant ce temps, des éructations gazeuses, inodores, abondantes, qui amènent un véritable soulagement. Pas d'aigreurs, pas de régurgitation acide, pas de vomissement. Etat général mauvais; poids du malade: 54 kilos. C'est à ce moment que fut faite la radioscopie.

L'examen radioscopique fut pratiqué en novembre 1908 (MM. Barret, Leven, Caussade). C'est lui qui a permis de faire le diagnostic définitif.

Radioscopie. — Elle ne montre pas de modification dans la capacité, la situation, la forme, le fonctionnement de l'estomac. En revanche, la poudre de bismuth lycopodé et le sirop de gomme bismuthé montrent que l'œsophage est le siège de mouvements péristaltiques et antipéristaltiques évidents. Le bismuth descend par saccades, et pour ainsi dire marche par marche, le trajet œsophagien, remontant et descendant alternativement sur une étendue de 3 à 4 cm., puis progressant peu à peu pour finalement atteindre le cardia. A ce moment, douleur très vive, constriction: sur l'écran, le malade indique, comme siège de la douleur, l'endroit qui correspond exactement au cardia; on voit celui-ci resserré, embrassant et étreignant le bismuth qui a servi à l'expérience. Finalement, le cardia s'entr'ouvre et le bismuth franchit l'orifice: à ce moment précis, cessation complète de la douleur. Devant l'écran, cette douleur dure moins longtemps qu'en dehors de l'écran, lorsque le malade avale un aliment solide. Le diagnostic de spasme œsophagien, de spasme du cardia, devenait désormais évident.

Cette longue odyssée douloureuse, si extraordinaire, a eu un dénouement extraordinaire lui aussi et tenant presque du merveilleux. Depuis l'année 1908 jusqu'en mai 1910, sous l'influence d'un régime névropathique rigoureux, d'une diététique sévère, des anti-nervius, comme le bromure, la codéine, la belladone, la valériane, la plupart des spasmes ont disparu. Sans doute, il faut encore entourer de soins ce névropathe, dyspeptique et aérophage: une hygiène physique et morale est toujours nécessaire pour empêcher le retour à l'état ancien; mais l'amélioration est si grande que l'existence du malade en est complètement transformée: les spasmes douloureux et paroxystiques de l'œsophage ont entièrement disparu, l'élément douloureux est fortement atténué, le malade a repris un teint coloré, et son poids s'est relevé de 50 à 60 ou 62 kilos.

CONCLUSIONS

1. — L'élément spasme revêt une importance considérable dans certaines affections du tube digestif. Il se localise plus souvent qu'on ne croit au niveau du pylore.

2. — La sténose spasmodique du pylore donne lieu aux troubles les plus divers; elle peut être passagère; mais dans certains cas elle se prolonge: par la symptomatologie dont elle s'accompagne, par l'état général qu'elle provoque, elle en impose alors pour un néoplasme ou un ulcus.

3. — L'état dyspeptique ou névropathique du malade, l'intermittence et la variabilité des symptômes doivent faire songer au spasme du pylore. Le diagnostic sera vérifié par l'examen radioscopique et par le traitement médical.

4. — Il est possible qu'un petit ulcère, dissimulé dans les plis de la muqueuse, au niveau du py-

lore, déclanche tout ce syndrome de rétention pylorique; mais les malades que nous avons observés n'ont jamais présenté la moindre hémorragie: tout s'est passé comme si le spasme seul était en cause.

5. — En présence d'un syndrome de rétention pylorique, toutes les fois qu'il n'y a pas de signe manifeste d'une lésion organique, la première des indications est d'instituer le traitement médical. Appliqué d'une façon précoce, il guérit rapidement si la sténose est spasmodique; il a donné d'excellents résultats dans des cas qui semblaient ne pouvoir être améliorés que par une opération.

6. — Chez bon nombre de malades, c'est après l'essai infructueux du traitement médical, *et après seulement*, qu'on pourra poser le diagnostic ferme de sténose organique, laquelle est justiciable du seul traitement chirurgical. On peut, en effet, conclure, avec Doyen: « Toute affection chronique de l'estomac, *rebellé au traitement médical*, et entraînant un dépérissement grave de l'économie, est du domaine de la chirurgie. »

Le Président de Thèse,

A. GILBERT.

Le Doyen,

LANDOUZY.

BIBLIOGRAPHIE

Bulletin de l'Académie de Médecine (1897).

Bourget et Roux de Lausanne. — *L'œuvre médico-chirurgicale*
n° 28 (janvier 1902).

Carl et Fautino. — *Des sténoses pyloriques dans leurs rapports*
avec l'hypéchlorydrie. — *Semaine Médicale* (1897).

Carnot. — *Le jeu du sphincter pylorique.* — *Archives des mala-*
dies de l'appareil digestif et de la nutrition (nov. 1907).

Cerné et Delaforge. — *Radioscopie clinique de l'estomac* (1908).

Coyon et Legros. — *Revue générale des sténoses du pylore.* —
Gazette des hôpitaux. — Numéros 100 et 103 (1898).

Doyen. — *Communication à l'Académie de Médecine* (8 fév. 98).

— *Traité des maladies de l'estomac* (1895).

— *Spasme du pylore, ses rapports avec l'hypersthénie gas-*
trique. . . *Médecine moderne* (1897).

Guillon. — *L'exploration radiologique de l'estomac.* — *Thèse de*
Paris (1907).

Hutinel. — *Maladies des enfants*, Tome III (1909).

Layral. — *Spasme du pylore dans l'intoxication saturnine.* *Loire*
médicale (1897).

Leven. — *La Clinique.* — 12 fév. 1909.

Leven et Barret. — *Diagnostic d'appendicite et radioscopie gastrique.* .. *Presse médicale* (1^{er} déc. 1909).

Leven et Barret. — *Radioscopie gastrique* (1909).

Pariset. — *Du pylorospasme essentiel de l'enfance.* — *Thèse de Lyon* (1900).

Robin. — *Maladies de l'estomac* (1904).

Schnitzler. — *Ueber ein kramptumor des magens nebst Bemerkungen zum spasmuspylori.*

Wien-med. Wochenster, 1898, numéro 15, p. 682.

Weil et Pehu. — *Sténoses pyloriques chez le nouveau-né et le nourrisson.* — *Lyon médical* (9 déc. 1900).